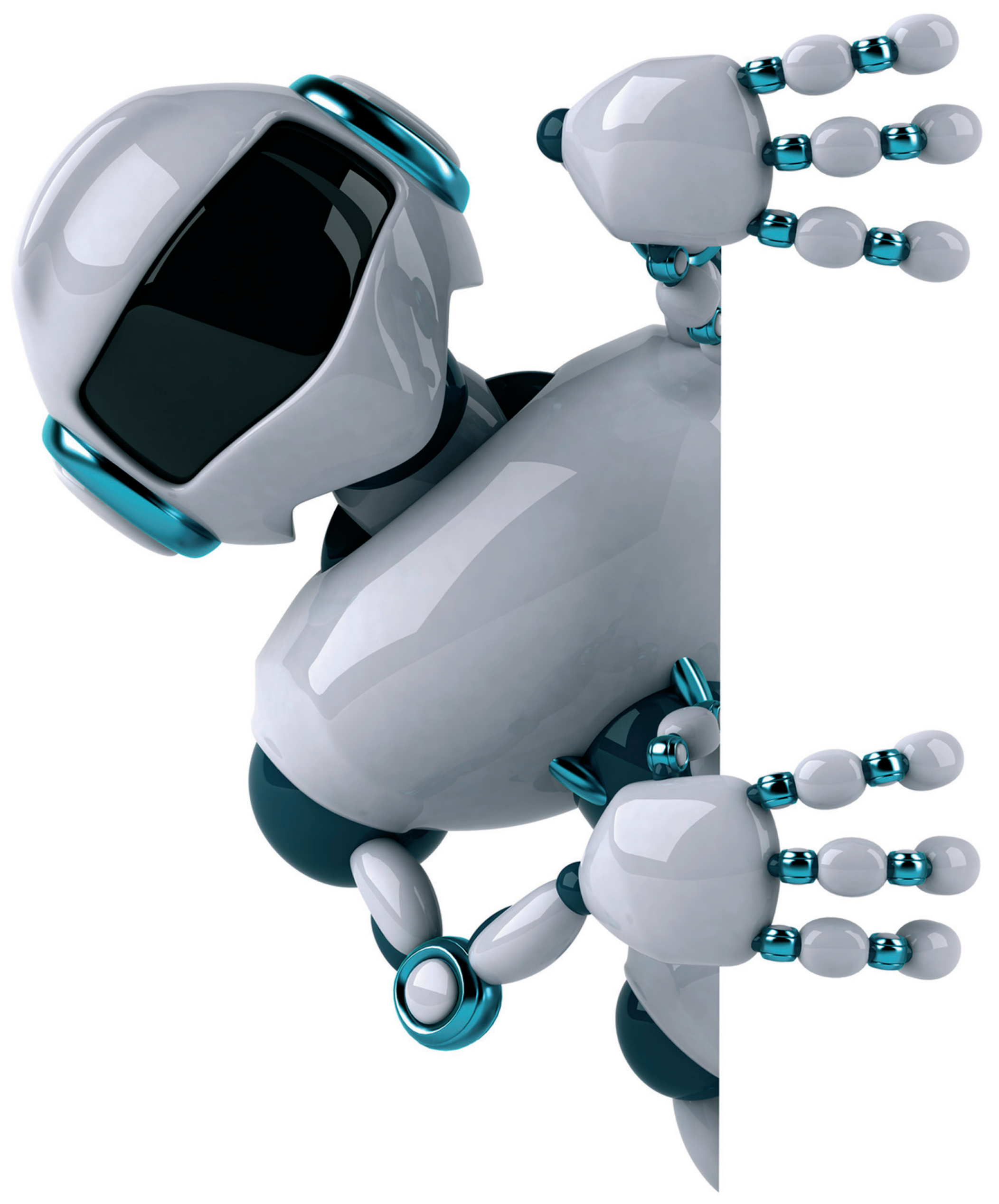
103e Congrès de l'Association Française d'Urologie

en direct de l'AFU

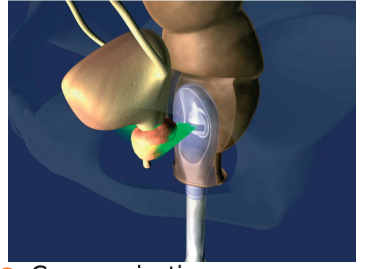
jeudi 19 novembre 2009



© Julien Tromeur / Fotolia









Avec ou sans robot, la chirurgie est et reste un art

(p.6)

Aujourd'hui à 17 h 30 en Salle Bordeaux
Symposium organisé par Ipsen : des grands principes à la réalité, le ressenti du patient influence-t-il le traitement ?
Présidé par Thierry Lebret (Suresnes)

Aujourd'hui à 17 h 30 en Salle Havane
Symposium organisé par Pierre Fabre : partageons notre vision du traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate à 10 ans.
Présidé par Alexandre De La Taille (Créteil)

EDITO

A l'occasion du Congrès de l'Association des Urologues du Québec, « En direct de l'AFU » a rencontré sa toute nouvelle présidente, Marie-Paule Jammal, 2ème femme au monde ayant atteint ces hautes fonctions après sa consoeur de la section Nord-Est de l'AUA, Anne-Marie Houle qui vient, elle, de terminer son mandat.

« Je suis urologue depuis... 19 ans ! J'exerce au Centre communautaire de Laval (région de Montréal) et m'y sens très bien entourée. Je dois dire que les urologues femmes - ou les femmes urologues - sont largement mieux représentées au Québec qu'en France : 20 sur 150, soit 13 % de femmes. En France, vous devez en être à 2 ou 3 % de femmes, non ?

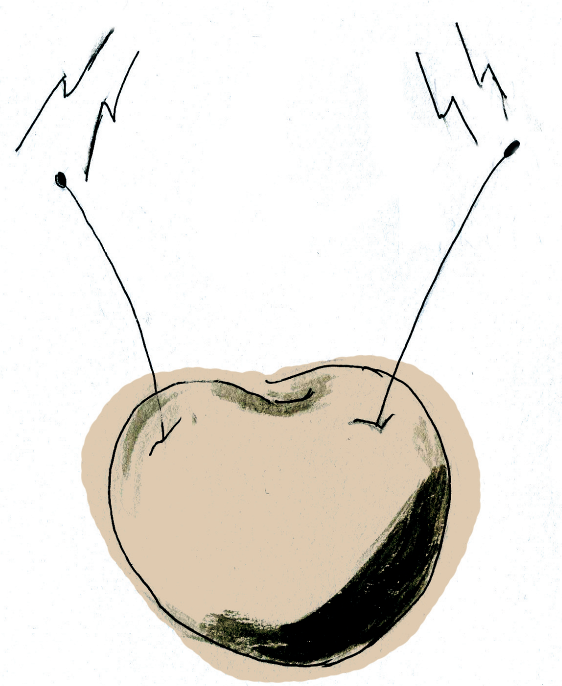
Je suis élue pour 2 ans et considère que cette élection n'est pas un exploit de ma part. Je l'attribue à l'ouverture d'esprit de mes confrères masculins.

Messieurs les Français, qu'attendez-vous ? »



Marie-Paule Jammal
Présidente de l'Association des Urologues du Québec

ON EN PARLE...



Réunion du Club de Radiofréquence (voir page 4)

- **URORISQ**
  Le sujet paraît complexe et les acronymes ne font rien pour arranger les choses : l'analyse de tout EPR (Evénement Porteur de Risque) vise à prévenir l'EIG (Evénement Indésirable Grave).
  L'objectif est donc d'agir en amont des complications.
  Cette démarche d'accréditation individuelle peut donc bénéficier largement à tous les urologues pour leur suivi de morbi-mortalité.
  URORISQ tient une permanence sur le stand de l'AFU pour répondre aux questions des urologues engagés ou désirant l'être et les aider à résoudre les problèmes qu'ils rencontrent dans leur démarche :
  - jeudi 19 de 15 à 16 heures : Frédéric Vavdin
  - vendredi 20 de 15 à 16 heures : Bertrand Pogu.

- **Comment intégrer l'e-learning dans la FMC ?**
  L'expérience des sociétés francophones et européennes d'urologie
  Objectif pédagogique : L' « E Learning » est un nouveau mode d'enseignement.
  Son organisation et son utilisation doivent répondre aux besoins de nos collègues. La mise en route d'un programme d'enseignement en ligne, sa fiabilité, son évaluation nous obligent à répondre aux questions suivantes : existe-t-il une pédagogie adaptée, s'agit-il d'un enseignement propre ou complémentaire, quelle est la meilleure solution technique, comment évaluer ?
  L'AFU, pour étayer sa réflexion, a souhaité bénéficier de l'expérience de sociétés francophones et européennes. L'objectif du forum (Salle 324a à 12h45) et de la discussion qu'il entraînera, est de définir un axe de travail permettant de mettre rapidement en place un enseignement de qualité.
  Modérateur : Georges Kouri

- **L'Urologie française a maintenant une adresse :**
  MAISON DE L'UROLOGIE
  61, rue de Vaugirard 75006 PARIS
  Métro : Saint-Placide
  Téléphone : 01 45 48 06 09
  Fax : 01 45 48 12 92
  Contacts : dcarre@afu.fr – tbaril@afu.fr
  Et toujours : www.urofrance.org

Groupe des Urologues experts près des tribunaux | hier 9h00 | Salle 342a

ONIAM et CRCI : mode d'emploi

Alain Haertig nous informe :

L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) est un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère de la Santé.
Les missions des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) sont de favoriser la résolution des conflits par la conciliation entre usagers et professionnels de santé, et permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux dont le préjudice présente un degré de gravité supérieur à un seuil fixé par décret.
Qu'il y ait faute ou absence de faute, toutes les victimes d'un accident médical grave peuvent bénéficier de ce dispositif à condition que l'acte en question ait été réalisé après le 5 septembre 2001.
Un accident médical est un dommage survenu à l'occasion d'un acte médical ou paramédical, une affection iatrogène, ou une infection nosocomiale.
Il existe un seuil de gravité pour indemniser les victimes : les commissions ne sont compétentes que pour les accidents ayant entraîné un dommage supérieur à 24 % d'IPP, ou une ITT au moins égale à 6 mois, ou lorsque la victime est définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle avait avant la survenue de l'accident.

Saisine de la CRCI
Si la demande est recevable, la CRCI nommera un ou deux experts qui entendront la victime ou ses ayants droit, le chirurgien concerné, et le représentant de l'établissement.
Les experts devront dire si le dommage est directement imputable à l'acte en cause ; dire s'il s'agit d'un accident médical, d'une infection iatrogène ou d'une infection nosocomiale ; dire si le comportement de l'équipe médicale mise en cause a été conforme aux règles de l'art ; dire si les moyens en personnel et matériel mis en œuvre correspondaient aux référentiels connus.
Puis la CRCI en séance plénière, après avoir entendu le rapporteur expert, et les parties, rendra sa décision : rejet si l'accident ne répond pas aux critères de gravité ou de saisie ; acceptation au titre des accidents médicaux ou infections nosocomiales qui entrent dans les critères de gravité en transférant le dossier et la demande de réparation à l'ONIAM, seul organisme payeur. Si le seuil de gravité n'est pas atteint, elle transfère vers l'assureur de l'établissement de soins. Si elle conclue à la faute, l'avis est adressé au responsable et à son assureur qui aura la charge de faire une offre à la victime.

Club Radiofréquence | hier 9h00 | Salle 343

Traitement par radiofréquence des petites tumeurs du Rein



Hier matin, se tenait la réunion annuelle du Club Radiofréquence. Laurence Bastien (Paris) y a fait le point sur le traitement par cette technique des petites tumeurs du rein.

L'incidence du cancer du rein est en constante augmentation, concernant notamment les petites tumeurs découvertes fortuitement qui en représentent aujourd'hui plus de 59 % avec une proportion de patients âgés de plus de 67 ans ayant doublé depuis 1982. Cependant, l'histoire naturelle des tumeurs de moins de 4 cm est très variable, avec une croissance moyenne de 3 à 4 mm par an.
Chez les patients âgés ou fragiles, on a le choix entre un traitement curatif par chirurgie partielle qui préserve la fonction rénale mais engendre une morbidité postopératoire non négligeable, ou une surveillance simple mais astreignante, qui sera suivie parfois d'un traitement différé chez un patient alors plus âgé, donc encore plus fragile.
Les traitements mini-invasifs du cancer du rein, comme la radiofréquence (RF), représentent une alternative fiable à ces stratégies thérapeutiques dont l'utilisation s'est largement répandue.
Quarante-trois patients d'âge moyen 65 ans ayant 47 tumeurs rénales d'une taille moyenne de 2,3 cm ont été traités par RF percutanée à l'hôpital Saint Louis. Quarante-six RF, soit 98 % des procédures, ont été réalisées sous anesthésie locale. Quarante-deux tumeurs (89 %) ont été traitées efficacement en une seule procédure et 5 tumeurs ont nécessité 2 (9 %) ou 3 séances (2 %) de RF. Le taux de complications était de 19 % dont 17 % de complications mineures (hématome asymptomatique, brûlure cutanée) et 2 % de complications graves (hémorragie avec déglobulisation). Avec un recul moyen de 25 mois, une seule récidive (2 %) a été objectivée 10 mois après la RF. La survie à 3 ans a été de 96 %. L'échec du traitement était significativement lié à la taille tumorale.
Avec une morbi-mortalité faible et des résultats oncologiques satisfaisants, la RF est donc une alternative thérapeutique fiable dans le traitement des tumeurs du rein. Le développement d'autres techniques mini-invasives, comme la cryoablation nous permettent de les proposer en première intention dans le traitement des petites tumeurs et leurs indications pourraient être élargies dans l'avenir aux tumeurs bénignes et aux tumeurs métastatiques en association avec d'autres thérapies.

SÉANCE PLÉNIÈRE TABLE RONDE 1 | HIER 14H00 | SALLE HAVANE

IUE chez la femme « à risque »

Le traitement de l'IUE de la femme est maintenant bien codifié et efficace. Mais la table ronde a souhaité isoler 3 cas particuliers : la sportive, l'obèse, et la femme âgée, qui possèdent des caractéristiques particulières. Il a été rappelé que pour une prévalence globale de 19 % chez la femme, l'IUE passe à 28 % chez la sportive, 30 % chez la femme de plus de 65 ans et 32 % en cas d'obésité avec IMC supérieur à 35.

De fait, toute activité qui comporte une augmentation de la pression abdominale est un facteur promoteur de l'IUE. Les fuites à l'effort observées au cours de l'activité physique sont donc liées à la nature du sport pratiqué : autant le golf n'engendre que peu ou pas de fuites, autant le trampoline « trempe ».

20% des femmes sont amenées à stopper l'activité en cause et 55 % portent des garnitures pendant les exercices. Un bilan urodynamique (BUD) est recommandé, ne serait-ce que pour vérifier l'absence d'inversion de commande et juger de l'opportunité d'une rééducation première. Les petits conseils sont toujours utiles : privilégier les sports moins délétères pour le périnée (marche, bicyclette, natation), uriner avant la session sportive,





penser à verrouiller à l'effort, voire mettre ponctuellement un tampon vaginal ou un pessaire à bouton puisque l'activité est programmée. Si l'on est amené à poser une bandelette sous-urétrale (BSU), on privilégiera le TVT pour éviter les douleurs de la racine des cuisses, certes transitoires mais réelles, observées avec le TOT. Les minibandelettes, avec 20 % de bons résultats en moins, ne sont pas recommandées ici, étant donné les contraintes physiques auxquelles elles sont soumises.

L'obésité est un problème de plus en plus fréquent : sa prévalence augmente de 6 % par an aux U.S.A. où une femme sur deux a une surcharge pondérale. La prévalence de l'IUE est de 30 % pour un IMC >35. Avant tout traitement, il faudra s'enquérir d'un éventuel projet d'amaigrissement, car s'il n'améliore que peu l'IUE, il en facilitera le geste chirurgical. Cependant, on sait que le régime est difficile à obtenir et l'amaigrissement rarement durable. Le traitement chirurgical est la mise en place d'une BSU : plutôt TOT que TVT pour des raisons techniques (les alènes sont plus faciles à sortir en transobturateur qu'en rétropubien). Il faudra particulièrement veiller à la position opératoire de la patiente (cuisse en extension pour le TVT, en hyperflexion pour le TOT) pour limiter le risque de perforation vésicale ou de plaie vasculaire. Jusqu'à un seuil d'IMC 35, les résultats de la BSU sont identiques à la statistique générale, mais au-dessus de 35, on note 50 % d'échecs par insuffisance de correction ou incontinence par impériosité de novo.

Chez la femme âgée, dont l'espérance de vie en France est actuellement de 84,5 ans, l'incontinence est souvent mixte, la prévalence de l'IUE diminuant avec l'âge et l'effort physique. On recommande la réalisation d'une cystoscopie de principe dans le but de rechercher une sténose urétrale post ménopausique, une tumeur vésicale responsable du syndrome d'urgenturie ; elle permet en outre la réalisation d'une manœuvre de Bonney et d'Ulmsten vessie pleine en fin d'examen. Le BUD est très contributif à la recherche d'une hyperactivité du detrusor, d'une hypocontractilité par défaut de la commande motrice, un trouble de la compliance, un résidu post-mictionnel. La BSU, quand elle est indiquée, doit être posée sur un vagin préparé en cas de vaginite atrophique. Ses résultats sont 10 à 15 % moins bons que chez la femme préménopausique avec apparition non rare d'une dysurie postopératoire ou d'une instabilité de novo. En cas d'échec, les injections péri-urétrales sous anesthésie locale n'ont qu'un effet transitoire ; les ballonnets peuvent être indiqués en cas d'insuffisance sphinctérienne avec urètre fixé. Au total, de plus en plus de femmes âgées sont sensibilisées au problème de l'incontinence urinaire. Il existe des solutions mais avec des résultats moins bons que chez les jeunes.



Séance plénière Pour ou Contre 1 | hier 15h15 | Salle Havane

La chimiothérapie néoadjuvante dans les cancers de la vessie

La chimiothérapie néodjuvante s'adresse aux patients non métastatiques et ne doit pas être confondue avec une chimiothérapie administrée à un patient N+ ou M+ que l'on souhaiterait rendre « opérable ». Elle ne peut être administrée qu'en cas d'état général conservé (performance status 0 ou 1), de clairance de la créatinine supérieure à 50 ml/min et d'âge inférieur à 70 ans.

Nicolas Mottet défend cette prise en charge en plaçant la barre très haut : les recommandations de l'EAU proposent une chimiothérapie néoadjuvante en cas de tumeur de vessie infiltrant le muscle, et il ne s'agit ni plus ni moins que d'une recommandation de grade A. Trois méta-analyses dont la dernière publiée en 2005 et qui concerne près de 3000 patients, et deux essais conduits par des sociétés savantes et publiées dans deux revues à fort impact factor (MRC/EORTC Lancet 1999 et SWOG 8710 NEJM 2003) concluent à un gain en survie globale de 5 % à 5 ans. Ces résultats ne sont obtenus qu'avec une polychimiothérapie contenant du cisplatine, et pour les patients opérés de façon satisfaisante (avec curage ganglionnaire suffisant) pour le SWOG.
Ces études présentent cependant d'importantes faiblesses. Les méta-analyses concernaient des études avec peu de patients et des protocoles variables et souvent sub-optimaux. La méthodologie de l'étude MRC/EORTC était mauvaise, elle mélangeait notamment des patients traités par chimiothérapie et par radiothérapie.

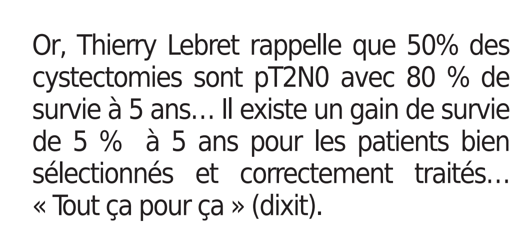


Thierry Lebret enfonce le clou en effectuant une critique d'article de l'étude SWOG 8710. Elle concernait 317 patients sur 11 ans répartis sur 126 institutions, soit probablement peu de cystectomie par centre. La qualité carcinologique de la chirurgie est probablement à prendre en compte pour l'analyse des résultats. L'un des deux objectifs était l'évaluation du « down-staging » par TDM ou IRM, dont la fiabilité sur l'extension locale est faible. Également au menu, l'histologie de 46 patients avait été perdue.



Les deux intervenants ne sont pas tout à fait d'accord sur la toxicité de la chimiothérapie. Pour Nicolas Mottet la mortalité par toxicité est faible. Thierry Lebret insiste sur le problème d'une altération de l'état général en préopératoire d'une chirurgie lourde. Il souligne que 20 % des patients de l'étude SWOG n'avaient pu avoir leur cystectomie en post-chimiothérapie. Nicolas Mottet rapporte une absence d'augmentation de la morbidité postopératoire en cas de chimiothérapie adjuvante dans la littérature…





Or, Thierry Lebret rappelle que 50% des cystectomies sont pT2N0 avec 80 % de survie à 5 ans… Il existe un gain de survie de 5 % à 5 ans pour les patients bien sélectionnés et correctement traités… « Tout ça pour ça » (dixit).

Oui mais… Une seconde salve de Nicolas Mottet nous rappelle que les recommandations existent…

Le coup du serpent et de sa queue…

Club Robotique | hier 10h00 | Salle 343

Avec ou sans robot, la chirurgie est et reste un art



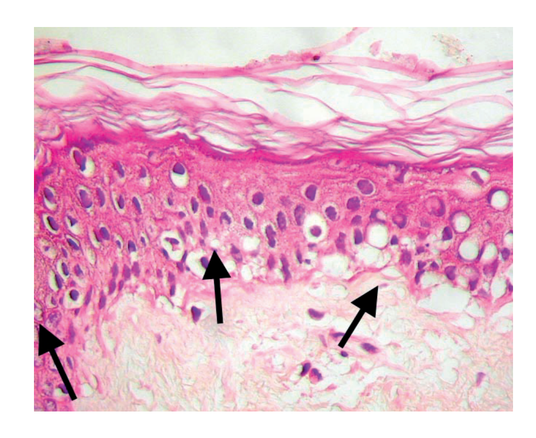
P. Rischmann
Président de l'AFU

L'année 2009 est marquée par une forte augmentation des implantations de robots chirurgicaux en France. Actuellement, près de 10 % des prostatectomies totales sont réalisées au moyen de cet instrument.
Des manifestations médiatiques intempestives (cf Urojonction n° 66 et 67) sont venues perturber la nécessaire sérénité qui devrait présider au débat collégial indispensable lié au développement attendu de cette technique. C'est dommage car les premiers utilisateurs français avaient fait preuve d'une discrétion remarquée.
Le développement de la chirurgie robot-assistée est une réalité et nous devons l'accompagner dans les meilleures conditions scientifiques et professionnelles.
Lorsqu'une nouvelle technique apparaît, qui marque une rupture culturelle dans la pratique quotidienne, il est habituel et normal qu'il y ait un débat, souvent animé mais nécessaire : souvenons nous de la « révolution » cœlioscopique et, pour les plus anciens d'entre nous, de l'avènement de l'urétéroscopie, de la néphrolithotomie percutanée et même de la résection endoscopique de la prostate.
S'agissant du robot, la cause de l'émoi est moins le caractère inquiétant de la nouveauté que la publicité dont il est l'objet au regard de son coût très élevé . Les réactions sont assez virulentes, souvent polémiques – ce dont raffolent les medias - traduisant des sentiments variés.
Est ce un progrès ? Peut-être ; des études sont en cours visant à préciser le bénéfice pour le patient, non encore clairement démontré. On remarque que presque tous les utilisateurs continuent, les raisons pouvant être multiples.
Est-ce là pour durer ? Sans doute ; cependant, il faut s'attendre à de nombreuses évolutions qui limiteront l'interprétation et la portée des études scientifiques actuelles. On peut aussi imaginer que cette plateforme technologique génère des concepts nouveaux à l'origine de futurs progrès tant au plan médical qu'économique.
Est-ce rentable ? Probablement pas en l'état actuel de l'offre et du processus de financement de l'activité chirurgicale. Une démarche est en cours auprès des tutelles qui vise à identifier l'utilisation du robot au cours d'une intervention laparoscopique. Cependant si l'on se souvient de la faible valorisation de la laparoscopie par rapport à la chirurgie ouverte, on peut penser que le supplément accordé sera loin de couvrir le montant du surcoût réel où s'ajoutent les consommables, l'amortissement et la maintenance. La question est celle de la valeur ajoutée donc de la mesure de l'amélioration du service médical considéré actuellement comme référent. Et justement, c'est en débat…
Est-ce incontournable ? Pas plus que la laparoscopie, qui n'a convaincu qu'une partie de la communauté. Chaque groupe doit faire un choix qui dépend de son organisation et de son environnement. Pour autant, il apparaît que les jeunes générations sont tout aussi intéressées par cette technique qu'elles le sont par la laparoscopie. Il serait imprudent de les tenir éloignées d'un potentiel évolutif.
Dans tous les cas, ce robot ne devrait être qu'un épisode dans l'histoire de l'instrumentation, toujours plus coûteuse, au service de l'art chirurgical. La chirurgie assistée par robot ne déroge en rien aux principes généraux qui font la noblesse de notre activité quels que soient la voie d'abord et les instruments utilisés : indication opératoire réfléchie, connaissance parfaite de l'anatomie, respect des organes, gestuelle calme et prudente, restaurations tissulaire et fonctionnelle optimales.
La chirurgie est un art, avec ou sans robot. Et chaque art a sa part de créativité, y compris instrumentale.

Le rôle de notre société savante est d'organiser le débat scientifique, de proposer une synthèse d'étape, de diffuser une information équitable afin de préserver l'équilibre de l'offre de soins et l'harmonie dans notre communauté.

Forum du Comité d'Infectiologie | Aujourd'hui 8h00 | Salle 342a

Le problème des fièvres postopératoires est fréquent et pas toujours simple à résoudre : s'agit-il d'une fièvre purement inflammatoire ou infectieuse ? La date de la survenue de la fièvre et le contexte clinique orientent souvent. Les examens biologiques peuvent être une aide au diagnostic mais sont peu spécifiques, mis à part les prélèvements bactériologiques : NFS, CRP, procalcitonine. Quand la fièvre est bien tolérée et les drainages perméables, il n'y a pas d'urgence à mettre en route une antibiothérapie probabiliste et l'on a tout intérêt à attendre les résultats bactériologiques. En effet, nombre de syndromes fébriles du 1er et du 2ème jours sont purement inflammatoires, alors que les fièvres à partir de J3 sont assez souvent d'origine infectieuse.
Le forum tentera de vous donner les clés diagnostiques pour éviter la prescription abusive d'antibiotiques et limiter la pression de sélection de bactéries hospitalières.



HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE | AUJOURD'HUI 15H10 | SALLE 352AB

LASER GREEN LIGHT 120 W DANS LE TRAITEMENT DE L'ADÉNOME DE LA PROSTATE



Petrisor Geavlete
Bucarest

La photovaporisation sélective de la prostate (PVP) par l'utilisation du laser KTP produit une vaporisation rapide du tissu prostatique, avec des résultats stables après 5 ans de suivi. L'apparition du nouveau système de haute performance (le laser Greenlight 120 W) a diminué la durée de l'opération, sans effets secondaires.

De janvier 2008 à décembre 2008, 48 patients âgés de 53 à 80 ans (27 patients sous anticoagulants), ont été traités par photovaporisation par laser KTP AMS 120 W. Le volume prostatique moyen était de 45 cc (entre 30-70 cc).

Les patients avec une suspicion de cancer de la prostate (des valeurs élevées du PSA, des modifications pathologiques au toucher rectal) ont été exclus, l'examen anatomopathologique n'étant pas possible. Les patients ont été réévalués après 3 et 6 mois.

La vaporisation au laser Greenlight 120 W a été réalisée avec succès chez 45 patients, avec un temps opératoire moyen de 57 minutes (de 20 à 120 mn). Dans la plupart des cas, une seule fibre a été utilisée ; l'énergie moyenne a été de 170.000 J (de 80.000 à 270.000). La durée moyenne d'hospitalisation a été de 24 heures. Il n'y a pas eu de complications périopératoires majeures. L'évaluation à 3 mois puis à 6 mois a mis en évidence une augmentation du débit maximum de 8 ml/s en préopératoire à 23 ml/s puis 21 ml/s, une diminution du résidu postmictionnel moyen de 90 à 30, puis à 15 ml. Un patient a été réhospitalisé pour une hématurie secondaire, et un autre pour infection urinaire ; 9 patients ont présenté une symptomatologie irritative postopératoire pendant 1 mois.

La photovaporisation sélective de la prostate (PVP) utilisant le laser Greenlight 120 W représente une technique sûre et relativement simple, indiquée surtout pour les patients présentant des risques hémorragiques. Malgré le coût, cette alternative thérapeutique peut être utilisée en raison de ses bons résultats et du taux réduit de complications.

De plus, la PVP pourrait être réalisée en ambulatoire, avec quelques heures de sondage, un inconfort postopératoire minimal et des résultats au moins équivalents à la référence standard TURP.

CANCER LOCALISÉ DE LA PROSTATE : DÉPISTAGE ET PRÉVENTION | AUJOURD'HUI 15H00 | SALLE 353

ALIMENTATION ET CANCER DE LA PROSTATE : RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE FRANCO-BELGE



Samuel Ménard
Bruxelles

Un nombre croissant d'études suggère un impact de l'alimentation dans la genèse, voire la récidive et/ou la progression du cancer de la prostate (CaP). Le rôle des lipides et notamment des oméga-3 est très controversé. L'objectif de cette étude était donc de déterminer et de comparer à une population témoin, le profil alimentaire de patients atteints d'un CaP.

950 questionnaires alimentaires ont été envoyés, avec 560 réponses de 320 patients porteurs d'un CaP et de 240 témoins. Comme l'IMC était similaire dans les deux groupes, les auteurs ont focalisé leur attention sur l'aspect qualitatif de la charge calorique ingérée.

La consommation totale de lipides était plus importante dans le groupe CaP. Les d'acides gras saturés étaient plus consommés dans le groupe CaP mais non significativement (p=0,056) avec une consommation de beurre plus importante. Concernant les acides gras poly-insaturés, il a également été constaté une consommation moyenne d'oméga-3 plus élevée dans le groupe CaP. Par contre, les apports en acides gras mono-insaturés étaient équivalents entre les 2 groupes. Les apports en calcium étaient similaires mais les fromages frais étaient plus consommés dans le groupe CaP. Il n'a pas été trouvé de différence significative au regard des aliments riches en lycopène mais le groupe témoin consommait 2 fois plus d'abricots secs riches en béta-carotène et en lycopène. Le thé vert ainsi que certains fruits frais étaient significativement plus consommés dans le groupe témoin. Les consommations totales de légumes, légumes crucifères, soja et vin n'étaient pas significativement différentes.

Cette étude permet de dégager des tendances de consommation et d'identifier des facteurs de risque et de prévention.



CANCER LOCALISÉ DE LA PROSTATE : DÉPISTAGE ET PRÉVENTION | AUJOURD'HUI 14H30 | SALLE 353

DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE DANS LES FAMILLES À RISQUE : LES CANCERS DÉPISTÉS SONT-ILS ÉLIGIBLES POUR LA SURVEILLANCE ACTIVE ?

Grégory Papin
Brest

Les études de dépistage de masse du cancer de prostate (CaP) évaluent à au moins 40 % la proportion de CaP insignifiants au diagnostic. Le but de l'étude était d'évaluer cette proportion dans les familles à risque.
A partir de 1998, un dépistage du CaP par dosage du PSA, annuel sur 8 ans, a été réalisé chez 660 apparentés du 1er degré (frère(s) et/ou fils), âgés de 40 à 70 ans, de patients (CaP+). Les biopsies étaient effectuées pour un PSA > 4ng/ml (jusqu'en 2002) puis pour un PSA > 2,5ng/ml. Ont été définis rétrospectivement comme potentiellement éligibles pour une surveillance active les CaP répondant aux critères du protocole actuel SurACaP (CC-AFU) (PSA < 10 ng/ml, < T2b, Gleason < 7, biopsies positives < 3, carotte envahie < 3 mm).
Ainsi 71 CaP ont été dépistés, seuls 60 étaient évaluables pour les paramètres étudiés et uniquement 16 (26 %) respectaient les critères de surveillance active tels que définis. En tenant compte du stade pathologique ou des critères au diagnostic, seuls 3 CaP sur 61 (4,9 %) peuvent être considérés comme cliniquement insignifiants.
Ces résultats suggèrent que les CaP dépistés dans les familles à risques sont moins souvent insignifiants que dans la population générale et nécessitent plus souvent un traitement curatif.

CANCER LOCALISÉ DE LA PROSTATE : DÉPISTAGE ET PRÉVENTION | AUJOURD'HUI 15H00 | SALLE 353

SÉJOUR EN FRANCE CONTINENTALE ET RISQUE DE SURVENUE DU CANCER DE LA PROSTATE CHEZ LES ANTILLAIS

Pascal Blanchet
Pointe-à-Pitre

Les populations migrant vers des pays occidentaux voient leur risque de survenue du cancer de la prostate (CaP) augmenter. Les populations antillaises, du fait de leurs origines africaines, sont par ailleurs connues pour être à risque élevé de la maladie. Les auteurs ont voulu étudier l'influence que pourrait avoir sur la population antillaise le fait d'avoir résidé temporairement - au moins une année - en France continentale dans la survenue du CaP. Dans le cadre de l'étude de type cas–témoin Karuprostate réalisée en Guadeloupe, chaque participant a été interrogé sur son parcours résidentiel. Près d'un tiers a séjourné en France continentale, pendant une durée moyenne de 15 ans, et dans la majorité des cas, entre leur 20ème et 35ème anniversaire. En tenant compte de leur âge, du niveau de scolarité, de leur lieu de naissance, de l'origine des parents, des antécédents médicaux ainsi que du nombre de PSA antérieurs, les individus ayant séjourné en France continentale présentent un risque significativement augmenté de survenue du CaP de 40 %.
Ces résultats pourraient être expliqués par des changements de mode de vie, en particulier des comportements alimentaires, avec le passage d'un régime traditionnel aux Antilles, riche en fruits, légumes et poissons, considéré comme protecteur, vers un régime occidental considéré à risque.

CANCER LOCALISÉ DE LA PROSTATE : DIAGNOSTIC | AUJOURD'HUI 16H10 | SALLE HAVANE

LE TEST PCA3 PERMET-IL DE MIEUX SÉLECTIONNER LES PATIENTS À RISQUE DE CANCER LORS D'UNE 1ÈRE SÉRIE DE BIOPSIES ?

Guillaume Ploussard
Créteil

L'apport diagnostique du PSA a été considérable à la fin du siècle dernier, permettant la détection de cancers de la prostate à des stades encore localisés. Cependant, en raison d'une valeur prédictive faible du PSA, jusqu'à trois-quarts des patients avec un PSA compris dans la zone grise entre 4 et 10 ng/ml auront des biopsies prostatiques négatives. De nouveaux marqueurs diagnostiques ont été recherchés ces dernières années afin d'améliorer la sensibilité et la spécificité du dépistage. Depuis la découverte, à la fin des années 1990, du gène PCA3 et de sa surexpression au sein du tissu prostatique cancéreux, des méthodes de mesure quantitative de son expression dans les urines ont été développées et standardisées. Les données actuelles de la littérature démontrent la supériorité du score PCA3 sur le dosage du PSA en termes

de valeur prédictive et de spécificité, au détriment d'une sensibilité un peu inférieure. Les résultats de 2 larges séries prospectives, européenne et américaine, sont particulièrement encourageants pour la population particulière des patients ayant une première série de biopsies négatives, pour lesquels l'utilisation du test PCA3 permettrait d'éviter une seconde biopsie inutile. Les auteurs présentent au congrès de l'AFU les résultats préliminaires d'une étude multicentrique européenne incluant spécifiquement les patients candidats à une première série de biopsies. Ces résultats confirment les bonnes performances diagnostiques du score PCA3 dans une série homogène de patients. Plus le score PCA3 est élevé, plus la probabilité d'avoir des biopsies positives est élevée. L'utilisation du test urinaire permet donc de mieux évaluer le risque de biopsies positives chez des patients candidats à une première série.

CANCER LOCALISÉ DE LA PROSTATE : DIAGNOSTIC | AUJOURD'HUI 16H30 | SALLE HAVANE

UN CANCER DE LA PROSTATE UNILATÉRAL À LA BIOPSIE L'EST-IL VRAIMENT ?

Maxime Crépel
Rennes

Les thérapies focales sont de plus en plus discutées parmi les urologues pour la prise en charge de patients porteurs de cancer de prostate unilatéral à faible risque. La validité de cette modalité thérapeutique, qui ne peut traiter que les cancers de prostate unilatéraux nécessite *de facto* un staging fiable. Dans cette optique, les auteurs ont testé la significativité de biopsies positives unilatérales chez des patients porteurs d'un cancer de la prostate de bas risque, potentiels candidats pour une thérapie focale.

La population recrutée a consisté en 243 hommes avec des stades T cliniques ≤ T2a, des PSA < 10ng/ml, des scores de Gleason ≤ 6, et un maximum de 2 biopsies unilatérales positives sur au moins 10 biopsies réalisées. Tous ces hommes ont eu une prostatectomie radicale avec un examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire. Une analyse uni et multivariée a été réalisée pour tester différents facteurs prédictifs probables d'atteinte unilatérale localisée à la prostate (valeur absolue du PSA, rapport PSA L/T, stade clinique T (T2a vs T1c), volume prostatique, et nombre de biopsies positives (2 vs 1)).

Malgré le stade unilatéral à la biopsie, l'atteinte était bilatérale ou franchissait la capsule prostatique dans 64 % des cas sur la pièce de prostatectomie radicale. En analyse multivariée, aucune des variables testées ne permettait de manière significative de prédire la présence d'un cancer de la prostate unilatéral sur la pièce de prostatectomie. Ceci est reflété par une valeur prédictive globale de 58 % (95 % IC : 50,6 à 65,8 %).

En conclusion, deux-tiers des patients porteurs d'un cancer de la prostate de bas risque avec une atteinte unilatérale au moment de la biopsie ont une atteinte bilatérale ou franchissant la capsule au moment de la prostatectomie radicale. Ceci remet fortement en cause la fiabilité des biopsies et la validité des thérapies focales dans le traitement du cancer de la prostate.

INCONTINENCE URINAIRE ET STATIQUE PELVIENNE | AUJOURD'HUI 16H00 - 17H15 | SALLE 342A

OBÉSITÉ + TOT = PERTE DE CHANCE ?



Philippe Grise
Rouen

En France, la prévalence du surpoids (défini par un IMC > 25Kg/m^2) et de l'obésité (définie par un IMC > 30Kg/m^2) sont respectivement de 30 % et 16 % de la population adulte. L'obésité est un facteur de risque reconnu d'incontinence urinaire d'effort (IUE). Les résultats de la cure d'incontinence par bandelette sous-urétrale type TVT ont montré un taux de continence immédiat abaissé de 4 % en cas d'obésité mais la majorité des études sont rétrospectives et avec un suivi à court terme. Il n'existe pas de données concernant les bandelettes transobturatrices (TOT).

Une étude, prospective et multicentrique, a été réalisée sur une population de 432 femmes avec IUE pure ou prédominante, opérées par bandelettes sous urétrales TOT ARIS. Les sujets ont été séparés en 2 groupes: le groupe 1 comprenait les sujets sans surpoids (IMC < 25Kg/m^2), le groupe 2 comprenait les sujets en surpoids et/ou obèses (IMC > 25Kg/m^2). Les résultats ont été exprimés selon le taux de continence subjective, en guérison (continence complète), améliorés, échec.

La population respective des groupes 1 et 2 était à 2-6 mois : 95 et 145 patientes et l'évaluation a été poursuivie à 1 et 2 ans de recul.

A 2 mois, le taux de patientes guéries était significativement plus important pour les malades sans surpoids (88 %) que pour les patientes en surpoids et/ou obèses (80 %) et les échecs étaient deux fois plus importants en cas de surpoids (6,9 vs 3,1 %). L'analyse en sous-groupes selon l'intensité du surpoids ne semble pas montrer de différence au sein du groupe 2. La différence entre les deux groupes s'amenuise au cours du suivi pour devenir non significative à partir de 6 mois de suivi. Le taux d'urgenturie *de novo* était supérieur en cas d'obésité (p=0,0163).

En conclusion, l'obésité et le surpoids entraînent une diminution du taux de continence précoce et une majoration du taux d'urgenturies dans la cure d'IUE par TOT.



INCONTINENCE URINAIRE ET STATIQUE PELVIENNE | AUJOURD'HUI 16H00 - 17H15 | SALLE 342A

UNE 2ÈME BANDELETTE SOUS-URÉTRALE (BSU) EST-ELLE ENVISAGEABLE APRÈS ÉCHEC D'UNE 1ÈRE ?

Thomas Schohn
Strasbourg

Après traitement d'une incontinence urinaire à l'effort (IUE) féminine par BSU, des échecs immédiats ou secondaires sont observés. Les auteurs ont étudié les patientes chez qui a été mise en place une 2ème BSU ainsi que le résultat observé.
De façon rétrospective et monocentrique, ils ont isolé au sein d'une population de 368 patientes opérées par BSU pour IUE, 20 patientes qui avaient été opérées dans d'autres centres d'une 1ère BSU et qui étaient en échec immédiat (14) ou secondaire (6). Le délai moyen de récidive secondaire est de 15 mois.
Les résultats de l'analyse retrouvent chez toutes les patientes une manœuvre de soutènement de l'urètre (TVT test) positive ; pour 85 % d'entre elles au moins une parité et chez 40 % une intervention pour cure de prolapsus ou Burch.
Sur les 10 patientes ayant une pression de clôture max < 30 cm d'eau, 9 étaient en échec immédiat et ont toutes été traitées par TVT comme 2ème BSU. A 3 mois de la 2ème BSU, 15 (75 %) des patientes étaient sèches et 5 (25 %) améliorées. Les moyennes des scores des questionnaires avant et après 2ème BSU étaient respectivement de :
MHU = 12,1 et 3 ; Ditrovie = 3,7 et 1,8 ; IQOL = 67 et 95.
Un échec immédiat ou secondaire après une 1ère BSU pour traitement d'une IUE féminine autorise la mise en place d'une 2ème BSU si la manœuvre de soutien de l'urètre est positive avec un taux de succès (patientes sèches) à 3 mois de 75 %.

INCONTINENCE URINAIRE ET STATIQUE PELVIENNE | AUJOURD'HUI 16H00 - 17H15 | SALLE 342A

RÉSULTATS À LONG TERME POUR L'ADJUSTABLE CONTINENCE THERAPY SYSTEM (ACT®) CHEZ LES PATIENTES AVEC INCONTINENCE D'EFFORT RÉFRACTAIRE

Maude Carmel
Montréal

L'Adjustable Continence Therapy System (ACT®) s'adresse aux patientes avec incontinence urinaire d'effort (IUE) réfractaire. Les résultats après un an de suivi ont démontré qu'il s'agissait d'une option thérapeutique efficace, mais qu'un suivi prolongé devait être effectué pour s'assurer de sa pérennité selon la présence ou non d'hypermobilité urétrale (HU) ou d'une insuffisance sphinctérienne intrinsèque (ISI). Ceci constitue à ce jour une des séries de l'ACT avec le plus grand nombre de patientes et un suivi jusqu'à 4 ans. L'âge moyen était de 67 ans (31-94). 85 patientes souffraient d'IUE avec HU et 85 d'IUE avec ISI. Il y a eu une amélioration statistiquement significative du pad-test et ces résultats se sont maintenus pendant les 4 années de suivi. Plus de 79 % des patientes ont observé une amélioration de 50 % de leur pad-test et parmi celles-ci, plus de 51 % étaient sèches. La qualité de vie des patientes a été améliorée de façon significative d'après les questionnaires. Les complications les plus fréquentes qui ont demandé le retrait d'un ballon ont été : l'absence d'amélioration de l'incontinence (n=23), la migration d'un ballon (n=20), l'érosion d'un port (n=16) et l'érosion d'un ballon (n=10), mais 11 ballons ont pu être reposés. Lors de la comparaison des résultats entre les patientes avec ou sans HU ou ISI, les 2 groupes ont démontré une amélioration de tous les critères d'efficacité sans différence significative. Les auteurs en concluent que l'ACT® est un traitement efficace, peu invasif et durable pour l'IUE réfractaire. Il peut être utilisé avec un taux de succès comparable pour les patientes avec ou sans HU ou ISI.

INCONTINENCE URINAIRE ET STATIQUE PELVIENNE | AUJOURD'HUI 16H00 - 17H15 | SALLE 342A

RÉSULTATS DU TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE MASCULINE APRÈS CHIRURGIE PROSTATIQUE PAR BANDELETTE SOUS-URÉTRALE



Jean-Nicolas Cornu
Paris

Après prostatectomie totale, si le traitement de référence, notamment en cas d'incontinence urinaire sévère, reste le sphincter artificiel, les techniques moins invasives utilisant les bandelettes sous-urétrales ont connu un regain d'intérêt ces dernières années, avec des taux de succès encourageants mais des complications parfois sévères. La bandelette transobturatrice AdVance™, rétrourétrale, présentée en 2007, est innovante car non compressive. Elle est posée par voie périnéale, en arrière de l'urètre bulbaire, qui doit être libéré par une dissection suffisante. La mise en tension manuelle par voie transobturatrice, à l'aide de deux aiguilles hélicoïdales, permet alors un repositionnement de l'urètre proximal de 2,5 à 3 cm vers le col vésical.
L'évaluation de ce traitement chez

102 patients présentant une UI post-prostatectomie légère à modérée (moins de 5 protections par jour) en suivi prospectif, dans un seul centre, avec un recul médian de 13 ± 5,2 mois [6-26] montre que 64/102 patients sont secs, 18/102 sont améliorés, et 20/102 non améliorés. Aucune complication sévère (rétention, infection ou érosion) n'a été répertoriée. La durée d'hospitalisation fut de 48 heures et le sondage de 24 heures pour la quasi-totalité des patients.

Selon une échelle subjective de qualité de vie (PGI-I), 87/102 patients s'estiment améliorés. Le seul facteur associé à un taux de succès plus faible (59 %) était un antécédent de radiothérapie adjuvante.

Les deux principales questions restant en suspens sont la pérennité à long terme des résultats et les critères de sélection des malades. Cependant, l'analyse des résultats montre que si les échecs précoces de la technique sont d'environ 20 %, le taux de récidive au cours du suivi est faible, avec peu de récidives.

A la lumière des bons résultats obtenus au cours de cette étude préliminaire, ce dispositif apparaît comme une option prometteuse pour le traitement de l'IU post-prostatectomie. Son utilisation plus large et un recul plus important pourront confirmer la place importante à donner à cette option efficace, peu invasive, à faible iatrogénicité.

DE LA JONCTION PYÉLO-URÉTÉRALE À L'URÈTRE | AUJOURD'HUI 16H00 | SALLE 342B

LA SCINTIGRAPHIE RÉNALE POSTOPÉRATOIRE PRÉCOCE : FACTEUR PRÉDICTIF DU SUCCÈS À LONG TERME DE LA PYÉLOPLASTIE LAPAROSCOPIQUE



Michel-Hugues Lebel
Québec

La pyéloplastie par laparoscopie offre d'excellents résultats du traitement de l'obstruction de la jonction pyélourétérale. Les taux de succès publiés au cours des dernières années sont généralement bien au-dessus de 90 %, quoique les résultats soient évalués avec des critères cliniques, radiologiques et scintigraphiques variables. Le taux d'échec à long terme demeure toutefois méconnu et il apparaît donc souhaitable d'identifier précocement les patients qui présentent un risque accru d'échec ou de détérioration au long cours de leur fonction rénale. Les auteurs ont ainsi corrélé les résultats postopératoires précoces de la scintigraphie rénale MAG-3-Lasix aux résultats cliniques et scintigraphiques obtenus à long terme afin de déterminer leur valeur à titre de facteur prédictif du succès à long terme de la pyéloplastie laparoscopique.

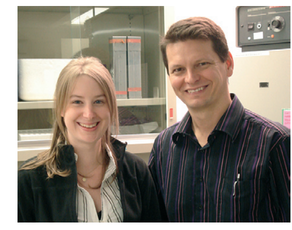
Parmi 151 cas consécutifs de pyéloplasties par laparoscopie pratiquées entre janvier 2003 et décembre 2008 dans un centre universitaire du Canada, les auteurs ont sélectionné 63 cas ayant eu une scintigraphie rénale MAG-3-Lasix préopératoire, postopératoire précoce (médiane de 3 mois) et postopératoire tardive (moyenne de 39 mois). Les patients ont été contactés par téléphone et par courrier en moyenne 36 mois après l'intervention afin de déterminer la persistance de symptômes incommodants en utilisant une échelle numérique de la douleur cotée de 0 à 10. Les résultats scintigraphiques postopératoires précoces ont été comparés aux résultats scintigraphiques et cliniques obtenus lors du dernier suivi.

100 % des patients qui ont une T ½< 20 minutes à la scintigraphie rénale 3 mois après l'intervention gardent une T½ < 20 minutes au plus long suivi scintigraphique. Par contre, seuls 54 % des 11 patients qui ont une T½ ≥ 20 minutes à la scintigraphie 3 mois après l'intervention améliorent leur résultat lors du dernier contrôle. Ces résultats contrastent avec les résultats de succès cliniques puisque 84 %, 88 %, 81 % des patients avec une T ½< 10 minutes, une T ½ < 20 minutes et une T½ ≥ 20 minutes respectivement rapportent une diminution de plus de 50 % de leur douleur. Cette situation démontre donc toute la subjectivité liée à l'utilisation de la douleur comme définition du succès opératoire.

La scintigraphie rénale effectuée précocement en postopératoire permet donc de prédire à long terme l'évolution des patients et d'ajuster leur suivi en conséquence. Les patients ayant une T ½ < 20 minutes semblent peu à risque de récidive.

DE LA JONCTION PYÉLO-URÉTÉRALE À L'URÈTRE | AUJOURD'HUI 16H20 | SALLE 342B

RECONSTRUCTION URÉTRALE PAR ÉQUIVALENTS TUBULAIRES URÉTRAUX AUTOLOGUES



Gabrielle Ouellet,
Stéphane Bolduc
Quebec

Actuellement, la reconstruction urétrale est effectuée à partir de tissus natifs non urologiques prélevés chez le patient (lambeau de vaginale, peau fine de prépuce, muqueuse jugale) avec des résultats variables ; les biomatériaux étudiés en recherche ne sont pas actuellement utilisables en pratique courante. En génie tissulaire, l'alternative qui est proposée est l'utilisation de la méthode d'auto-assemblage pour élaborer un modèle tubulaire urétral autologue, greffable et viable.

Pour réaliser ce modèle, des fibroblastes d'origine dermique, ainsi que des cellules urothéliales provenant de vessie porcine sont extraits. Les fibroblastes sont cultivés quatre semaines afin d'obtenir une matrice extracellulaire sécrétée de manière suffisante pour former un feuillet manipulable. Ce feuillet est ensuite roulé autour d'un mandrin, pour constituer un tube, puis mis à maturation trois semaines pour favoriser l'adhésion entre les couches matricielles. Les cellules urothéliales sont alors ensemencées à l'intérieur du tube, avant de le mettre en perfusion dans un

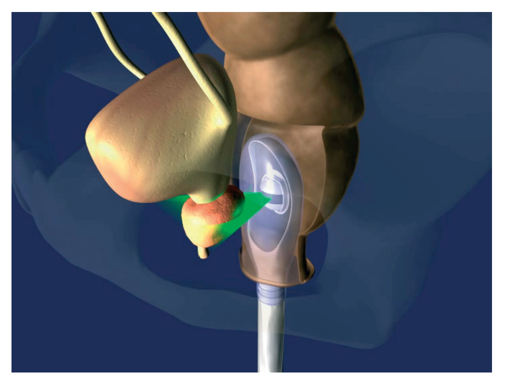
bioréacteur. Dans le but de stimuler la prolifération et la maturation cellulaire, la perfusion est maintenue une semaine. L'équivalent urétral reconstruit est alors comparé à l'urètre natif par des analyses histologiques, de l'immunofluorescence et des Western Blot, ainsi que des tests de viabilité cellulaire et de résistance mécanique par éclatement.
Macroscopiquement, le modèle urétral est uniforme, résistant aux sutures et aux manipulations. Un urothélium pluristratifié et similaire à l'urètre natif de porc, assis sur une épaisse couche de matrice extracellulaire bien fusionnée, est observé en histologie. La caractérisation par immunofluorescence et Western Blot indique la bonne différenciation de l'urothélium reconstruit. Lors des tests de viabilité, les cellules urothéliales et fibroblastiques ont pu être à nouveau extraites et cultivées avec un taux de mortalité de 2 % seulement, ce qui correspond à la valeur standard pour une culture cellulaire. Enfin, la résistance mécanique du substitut affiche des résultats supérieurs à ceux obtenus pour l'urètre natif.
En conclusion, l'équivalent urétral développé ici est un modèle novateur dans le domaine de la reconstruction urologique. Ce substitut manipulable constitué des cellules de l'éventuel patient, représente une alternative prometteuse pour diminuer les réactions inflammatoires, et ainsi permettre une greffe exempte de rejet.

Uro gériatrie | Aujourd'hui 16h10 | Salle 352ab

Ultrasons focalisés chez le sujet âgé : traitement du seul lobe tumoral Résultats oncologiques à 10 ans

Amine Benchikh
Paris

La prise en charge du cancer de la prostate localisé est en pleine évolution. La thérapie focale est proposée comme une alternative aux traitements radicaux afin de limiter les effets indésirables de la prostatectomie totale et de la radiothérapie. Plusieurs techniques sont applicables à la thérapie focale : les ultrasons focalisés (HIFU), la cryothérapie ou la photothérapie dynamique par laser. Plusieurs études prospectives sont en cours pour évaluer et comparer ces différentes approches. En 1997, les auteurs ont traité par ultrasons focalisés des patients présentant un cancer localisé à 1 seul lobe prostatique à la biopsie. Une hémi-ablation de la prostate était réalisée ; les premiers résultats de cette étude de faisabilité sont présentés ici avec un recul de 10 ans. 12 patients avec un âge moyen de 70 ans et un PSA moyen de 7,3 ng/ml ont été inclus entre juin 1997 et mars 2000. Les critères d'inclusion étaient : PSA ≤ 10ng/ml, au plus 3 biopsies positives limitées à un lobe, un stade clinique ≤ T2a, un score de Gleason ≤ 7 (3+4), un scanner abdomino-pelvien et une scintigraphie osseuse négatifs. Avec un suivi moyen de 10 ans (9-12), le taux de survie spécifique était de 100 % et le taux de survie global de 83 % (10/12). Dans 2 cas, les patients étaient décédés de pathologie cardiovasculaire. Le taux de survie sans récidive était de 59 % (7/12). Dans 5 cas, un traitement de rattrapage par Ablatherm (n=1) ou par hormonothérapie (n=4) a été nécessaire. Aucun patient n'a présenté d'incontinence urinaire et le score IPSS moyen à 1 an était égal à 10



(4-19). Ces résultats sont satisfaisants en terme de contrôle carcinologique et encourageants en terme de faisabilité. Le traitement focal du cancer de prostate localisé par ultrasons focalisés est une option thérapeutique raisonnable pour une population sélectionnée permettant un contrôle efficace de la maladie à long terme au prix d'une morbidité limitée.

Cancer localisé de la prostate : traitements chirurgicaux | Aujourd'hui à 14h25 | Salle Havane

Marges et Robot

Aujourd'hui, 4 communications font le point sur les résultats de la dissection robot-assistée au cours des prostatectomies totales : est-elle améliorée par rapport à la laparoscopie « traditionnelle » ? permet-elle de minimiser le nombre de marges positives ? Pour Koutlidis (Dijon) le taux de marges positives reste aux alentours de 15 % quelle que soit la technique, malgré une conservation des bandelettes vasculo-nerveuses plus fréquente en chirurgie robot-assistée. Barret (IMM Paris) arrive aux mêmes conclusions, mais note que les marges avaient une taille significativement inférieure dans le groupe robot (2,5 mm +/- 2,3 versus 4,5 mm +/- 3,4), et une localisation préférentielle postéro-latérale alors qu'elles sont plus fréquemment apexiennes en laparoscopie.
Bladou (Marseille), qui signale que les 2 groupes robot et laparoscopie n'étaient pas comparables au plan des stades de d'Amico, relève que le taux de marges est plus élevé uniquement dans les pT3 avec la technique robot-assistée. Enfin, Lebeau (La Pitié), en comparant ses résultats au fil du temps, semble démontrer que l'expérience de l'opérateur permet de diminuer le risque de marges chez les patients pT3.
En fait, il est difficile de tirer des conclusions définitives tant que ces études comparatives ne seront pas randomisées, seul moyen d'éviter les biais de sélection.



Uro gériatrie | hier 16h20 | Salle 352AB

Tumeurs du testicule après 60 ans : l'expérience du GELU

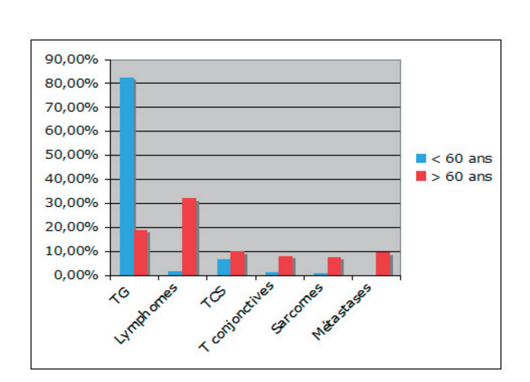


Philippe Camparo,
les membres du GELU et du CCAFU sous comité OGE

Les tumeurs testiculaires sont l'apanage de l'adulte jeune. Elles sont dominées par les tumeurs germinales dont la prise en charge est bien codifiée. Au-delà de 60 ans cependant, la fréquence des types histologiques rencontrés se modifie radicalement (tableau). C'est ce qui ressort du travail rétrospectif mené par les pathologistes du Groupe d'Etude des Lésions Urologiques (GELU) à partir de données extraites des registres des services d'anatomies pathologiques de leurs structures respectives entre 1990 et 2005

Durant cette période, 213 (10 %) des 2215 tumeurs testiculaires diagnostiquées dans les 13 centres ayant participé au projet concernaient des patients âgés de 60 ans et plus ; les lymphomes primitifs testiculaires sont les tumeurs les plus fréquentes (32 %). Les tumeurs des cordons sexuels, rarement malignes, les tumeurs mésenchymateuses bénignes, les sarcomes et les métastases représentent entre 7,5 et 9 % chacune. Les tumeurs germinales, presque exclusivement séminomateuses, ne constituent plus que 18 % des cas.

Le contexte clinique et les antécédents permettent parfois d'évoquer une étiologie particulière (métastases, hémopathie), mais un bilan sanguin (α-FP, HCG, LDH) et radiologique (TDM thoraco-abdomino-pelvienne) doivent systématiquement être prescrits avant la prise en charge thérapeutique (le plus souvent orchidectomie). Dans le cas d'une tumeur germinale la suite de la prise en charge répond aux mêmes critères que pour les tumeurs du sujet jeune. Dans le cas de tumeurs non germinales, celle-ci doit faire appel aux spécialités concernées en fonction de l'histologie définitive.



Cancer localisé de la prostate : traitements chirurgicaux | hier 14h35 | Salle Havane

Le "Saint Graal" des marges nulles est-il réalisable dans la prostatectomie totale rétropubienne ?



Matthieu Thoulouzan
Nantes /Toulouse

La récidive biologique après prostatectomie totale (PT) est associée à des facteurs multiples : le taux de PSA initial, le stade clinique, le grade de Gleason, le stade pathologique (extension extra-capsulaire, envahissement des vésicules séminales et statut ganglionnaire pelvien) et la marge d'exérèse (ME). Parmi ces facteurs pronostiques, seule la ME peut être influencée par l'opérateur. La technique chirurgicale peut donc conduire directement à une dégradation des résultats oncologiques en créant des marges iatrogènes ou en étant dans l'incapacité de respecter la dissection de l'espace extra-capsulaire. Pour prévenir de tels accidents, le choix de la technique opératoire est fondamental. La section chirurgicale doit pouvoir se situer systématiquement sur les fibres striées à 1mm de l'apex, respecter intégralement le fascia prostatique et ne jamais être au contact des glandes prostatiques du col vésical. En respectant ces règles, la section est constamment au-delà des limites histologiques de la prostate définies par McNeal, rendant ainsi le risque théorique de ME positives iatrogènes nul. A contrario, toute incision ne respectant pas ces limites doit être considérée comme une erreur technique car elle crée un risque de ME iatrogène.

Entre 2005 et 2008, 654 patients consécutifs ont eu une PT rétropubienne pour cancer localisé de la prostate. Le taux global de ME positives était de 6,7 %. Il était de 2,1 % pour les stades pT2 (dont 1 % en rapport avec un envahissement des fibres musculaires striées à l'apex), 16,5 % pour les pT3 et 87,5 % pour les pT4. Il n'y a eu aucune ME positive en territoire capsulaire dans les stades pT2. Concernant la qualité d'exérèse en tissu sain, il y a eu 2,1 % (14/654) d'incision capsulaire et 2,4 % (16/654) de marges en glandes saines.

Si l'objectif des marges iatrogènes nulles n'est pas encore atteint, le niveau de résultats présentés dans cette étude, en comparaison de ceux de la littérature, renforce la conviction que le choix de la technique opératoire est un point clé du succès carcinologique de la prostatectomie totale.

CANCER LOCALISÉ DE LA PROSTATE : TRAITEMENTS CHIRURGICAUX | HIER 15H45 | SALLE HAVANE

LA FIN DE L'INCONTINENCE APRÈS PT RÉTROPUBIENNE ?



Christian Barré
Nantes

La section *in situ* de l'hémi-circonférence sphinctérienne postérieure et du fascia de Denonvilliers est la réponse technique au risque d'incontinence dans la prostatectomie totale rétropubienne (PTR).
Cette étude souligne un point déterminant : le risque d'incontinence après prostatectomie totale peut désormais être considéré comme négligeable car aux alentours de 1 %. Entre 2005 et 2008, cette section sphinctérienne spécifique a permis de gagner 6 % de patients continents en faisant basculer le taux de continence de 93 à 99 %, chiffre jamais atteint dans la littérature. Pour comprendre ce progrès il faut se reporter à l'évaluation concomitante du traumatisme sphinctérien étudié par la profilométrie urétrale pré et postopératoire. Cette étude a permis une analyse objective des améliorations techniques en indépendance totale avec l'évaluation de la continence. Ainsi, entre 2005 et 2006, le traumatisme sphinctérien a diminué de façon très significative pour les trois paramètres étudiés alors que la continence est restée stable à 93 % et ce n'est qu'entre 2006 et 2008, avec la diminution encore accrue de ce traumatisme que le gain sur les derniers 6 % de patients non continents a pu se faire. Ce point est fondamental : pour « conquérir » ces derniers pourcentages de patients, représentant une population à très haut risque d'incontinence, il faut une technique où le traumatisme sphinctérien soit minimal. Ce progrès technique est représenté par la section sphinctérienne *in situ* où l'hémi-circonférence postérieure du sphincter est sectionnée par voie endoluminale. Ces résultats remettent en question toutes les techniques actuelles qui dissèquent le sphincter de son environnement postérieur. L'incontinence après prostatectomie totale n'est donc pas une fatalité !

CANCER LOCALISÉ DE LA PROSTATE : TRAITEMENTS CHIRURGICAUX | HIER 15H55 | SALLE HAVANE

COMPARAISON DE LA FONCTION ÉRECTILE APRÈS PROSTATECTOMIE TOTALE CŒLIOSCOPIQUE VS ROBOTIQUE

François Rozet
Paris

Les auteurs ont étudié l'effet de la voie d'abord cœlioscopique vs robotique sur la récupération de la fonction érectile après prostatectomie totale pour cancer localisé (PT).
720 patients présentant une activité sexuelle préopératoire, acceptant un suivi régulier postopératoire et ayant bénéficié d'une PT avec conservation des bandelettes neurovasculaires (BNV) ont été inclus dans une étude prospective. Chaque patient était traité par Tadalafil® 10 mg 1 jour sur 2, dès le cinquième jour postopératoire. Des injections intracaverneuses (IIC) de PGE1 ont été réalisées à 3 ou 6 mois postopératoire lorsqu'elles étaient indiquées et acceptées par les patients. Les patients ont rempli un auto-questionnaire (International Index of Erectile Function : IIEF5) avant la PT, puis à 3, 6 12 , 18 et 24 mois, avant chaque consultation postopératoire.
134 (18 %) patients sont sortis de l'étude : 31 patients (4 %) perdus de vue, 43 patients (6 %) n'ont pas pris leur traitement régulièrement, 60 patients (8 %) ont arrêté pour une récidive du cancer nécessitant un traitement complémentaire. Au total, 586 patients ont été analysés avec un suivi de 2 ans : 436 avec une conservation bilatérale des BNV (âge médian : 60 ans). 390 patients (66 %) avaient un IIEF5 préopératoire > 20. 506 patients ont été opérés par voie cœlioscopique et 80 par voie robotique. Les deux populations étaient statistiquement comparables. En analyse multivariée, l'âge et le type de préservation étaient des facteurs indépendants de récupération de la fonction érectile (p<0,001). L'utilisation du robot était corrélée avec une amélioration de la récupération de la fonction érectile n'atteignant pas le seuil de significativité (p=0,055).
En conclusion, dans cette étude prospective mais non randomisée, il existait une tendance à l'amélioration des résultats de la fonction érectile après PT robot vs cœlioscopie.

TUMEURS DE LA VOIE EXCRETRICE SUPERIEURE ET FONCTION OLYMPUS NARROW BAND IMAGING (NBI)



Olivier Traxer
Tenon

Les tumeurs de la voie excrétrice supérieure (TVES) présentent des analogies épidémiologique, diagnostique et thérapeutique avec les tumeurs urothéliales vésicales. Elles sont cependant moins fréquentes et leur situation rend tout geste endoscopique diagnostique ou thérapeutique moins aisé que pour la vessie. Cependant, les progrès technologiques et la miniaturisation de l'instrumentation endoscopique permettent désormais d'envisager, sous certaines conditions, un traitement conservateur. Ce traitement conservateur est particulièrement important pour les patients en insuffisance rénale ou présentant un rein unique fonctionnel et pour les patients avec tumeur urothéliale bilatérale.

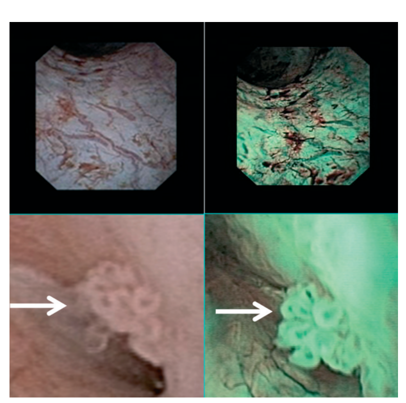
Les TVES sont des tumeurs rares, avec une incidence estimée à 1 à 2 cas pour 100.000 habitants et par an. Elles ne représentent que 5 à 10 % des carcinomes urothéliaux. L'urétérorénoscopie (URS) a transformé le diagnostic et le traitement des TVES. La miniaturisation de l'instrumentation et le développement d'endoscopes avec amplitude de déflexion maximale (270°) permet actuellement d'explorer plus de 98 % des cavités pyélocalicielles. Il est possible de réaliser en peropératoire un lavage des cavités pyélocalicielles au sérum physiologique pour analyse cytologique ou brossage de lésions suspectes (sensibilité de 70 à 90 % et spécificité de 88 à 94 %).

L'urétérorénoscopie permet également de faire une biopsie des lésions pour déterminer le grade tumoral. La taille des biopsies ne permet pas en général de déterminer le degré d'infiltration pariétale (stade). Enfin, en cas de localisation calicielle inférieure, il n'est pas toujours possible d'atteindre la lésion en raison des limitations de déflexion de l'urétérorénoscope (URS) armé de la pince à biopsie. La spécificité des biopsies pour le diagnostic de tumeurs urothéliales est de 75 à 92 %.

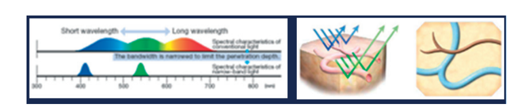
Après prélèvements cytologique et anatomopathologique, la lésion est photovaporisée au laser Holmium YAG. Jusqu'à récemment, la qualité de vision des endoscopes souples à fibres optiques limitaient le traitement conservateur des lésions urothéliales. En effet, l'exploration des cavités pyélocalicielles avec une URS souple à fibres optiques passait régulièrement à côté des petites lésions urothéliales. La récidive était alors précoce.

Depuis un an, une nouvelle génération d'URS souple est apparue sous le nom d'URS souple numérique. La société Olympus propose aujourd'hui les seuls URS souples numériques disponibles. Cette société a développé l'URS souple URS-V (V comme vidéo-urétérorénoscope) qui utilise un capteur CCD pour l'image et conserve un faisceau de fibres optiques pour l'illumination. Cette amélioration technologique a considérablement amélioré la qualité de l'image endoscopique en faisant disparaître l'effet « moiré ». Les images sont d'une exceptionnelle qualité permettant un diagnostic très précis de lésions de très petite taille (> à 1mm).

Par ailleurs, et c'est probablement ce qui représente la plus grande évolution de ce produit, le vidéo-urétérorénoscope Olympus URF-V incorpore un nouveau système d'illumination appelé NBI (ou Narrow Band Imaging) qui permet d'illuminer les cavités pyélocalicielles avec un spectre lumineux ne comportant que les bleus et les verts en réduisant leur bandes d'émission (« narrow ») (Figure 1). Cette lumière « bleue-verte » est obtenue



Système Narrow Band Imaging : NBI. URF-V Olympus



Visualisation en lumière blanche et lumière NBI de la muqueuse urothéliale et d'une tumeur urothéliale des cavités pyélocalicielles

après une simple pression sur un bouton de commande. La lumière NBI a alors la propriété d'accentuer les contrastes et l'effet 3D des cavités pyélocalicielles. C'est la microcirculation de surface de l'urothélium qui va ainsi être beaucoup mieux visualisée. Les tumeurs urothéliales étant richement vascularisées, elles apparaissent alors beaucoup plus visibles en accentuant leurs contours, leur surface et leur contraste (Figure 2). Dans une récente étude préliminaire l'équipe de Tenon (Paris) a rapporté un taux de détection supplémentaire de 20 % par rapport à la vision en lumière blanche. Des études antérieures évaluant la même technologie sur les tumeurs de vessie avaient rapporté un avantage significatif pour la technologie NBI versus lumière blanche. Pour la voie excrétrice, ce nouveau moyen de détection semble être tout à fait fiable et efficace pour augmenter le taux de détection des petites tumeurs et pour mieux définir les limites de la photovaporisation laser. Des études prospectives multicentriques restent bien entendu nécessaires pour vérifier ces données initiales mais le procédé semble aujourd'hui extrêmement prometteur.

Rencontres de l'AFU 2009 | Aujourd'hui 9h35 | Salle Havane

Indicateurs de santé en Urologie : vers une meilleure efficience

L'objectif d'une politique de santé efficiente est de pouvoir assurer une prise en charge optimale des patients associant efficacité médicale, qualité des pratiques et des soins et meilleur coût.

L'OMS définit la qualité comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques… lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains… ».

Nous devons pour cela pouvoir répondre aux questions suivantes :

Sait-on ce que l'on fait ? La réponse peut être apportée en interrogeant les bases de données dont on pourrait définir des indicateurs épidémiologiques.

Est ce que « ce que l'on fait » est fait dans les règles de bonnes pratiques ? On peut le savoir en comparant la prise en charge et les résultats dans ces bases.

Est ce que « ce que l'on fait » est fait au meilleur coût et le tarif de remboursement va t-il modifier la pratique s'il ne correspond pas au coût ? Quel est le coût des nouvelles techniques par rapport au service rendu ?

Est ce que « ce que l'on fait » améliore la santé globale ? Ceci pose le problème de la définition des « Indicateurs de santé globale ».

Pour en débattre avec les représentants des différentes instances officielles (HAS, UNCAM, INCA, DGOS & DGS, venez nombreux !

Etat de l'Art 3 | Hier 15h45 | Salle Havane

Suivi du néphrectomisé (recommandations AFU-HAS)

En 2005 l'AFU et l'ANAES, désormais HAS, ont lancé un projet afin d'établir des recommandations sur le suivi des patients néphrectomisés. Il existait des données concernant le suivi des patients opérés dans le cadre d'un don de rein apparenté mais pas en cas de néphrectomie pour cause urologique.

L'analyse critique de la littérature n'a pu trouver que des articles de faibles niveaux de preuve. En effet le suivi nécessaire à très long terme est rarement possible. Les biais de ces études de cohorte rétrospectives en raison des perdus de vue ou d'un recueil initial non exhaustif limitent également l'analyse de l'impact de facteurs de risque d'insuffisance rénale chez ces patients.

Il s'agit donc d'un accord professionnel avec un faible grade de recommandation.

Cette analyse montre que des anomalies apparaissent chez les patients opérés par néphrectomie mais sans effet pathologique. Ainsi, il existe une protéinurie à la bandelette urinaire dans 10 à 30 % des cas mais sans albuminurie. Une élévation de la pression artérielle peut être trouvée mais sans entrer dans le cadre d'une HTA.

L'évaluation par scintigraphie préopératoire montre que la fonction rénale du rein sain est supérieure à celle du rein malade. Le débit de filtration glomérulaire (DFG) du rein adelphe après néphrectomie augmente en postopératoire pour atteindre 70 à 80 % du DFG initial. Ainsi il n'apparaît pas d'insuffisance rénale chez les patients opérés pour don de rein apparenté. Par contre, le taux de patients opérés pour une cause urologique et développant une insuffisance rénale chronique peut atteindre 20 %.

En résumé :

- Information de ces sujets « à risque » ;
- Suivi médical régulier : examen clinique avec mesure de la pression artérielle, mesure de la créatininémie avec évaluation selon formule de Cockcroft, recherche de protéinurie à la bandelette urinaire. La fréquence a été déterminée à 1 mois, 6 mois puis annuellement ;
- Éradication des facteurs de risque : protéinurie à la bandelette urinaire, élévation de la pression artérielle, obésité, diabète, antécédents cardio-vasculaires.



En direct de l'AFU est publié grâce aux soutiens institutionnels de



Pierre Fabre Médicament







OLYMPUS

Your Vision, Our Future

Rédacteur en chef : Gérard Cariou
Rédacteurs : Matthieu Bordenave / Jérôme Grall
Secrétaire de Rédaction : Dominique Roudot
Mise en page : Thomas Delsol
Photographies / Illustrations : Thomas Delsol
Editeur : ASK STUDIO 18 rue André del Sarte 75018 Paris